

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1940

N° 491

THÈSE

pour le DOCTORAT en MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Albert COLBOC

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris.

Né le 8 Décembre 1913 au Havre (Seine-Inférieure)

ASTHME INFANTILE ET TUBERCULOSE

Président : M. NOBÉCOURT, Professeur

PARIS

AMEDEE LEGRAND, EDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS

1940

Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1940

N°

THÈSE

pour le DOCTORAT en MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Albert COLBOC

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 8 Décembre 1913 au Havre (Seine-Inférieure)

ASTHME INFANTILE ET TUBERCULOSE

Président : M. NOBÉCOURT, Professeur

PARIS

AMEDEE LEGRAND, EDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS

—
1940

I. — PROFESSEURS

Anatomie	MM.	ROUVIERE.
Physiologie		Léon BINET.
Physique médicale		STROHL.
Chimie médicale		POLONOVSKI.
Bactériologie		Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale		BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales		BAUDOUIN.
Pathologie médicale		PASTEUR-VALLERY-RADOT.
Pathologie chirurgicale		MONDOR.
Anatomie pathologique		LEROUX.
Histologie		CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale		TIFFENEAU.
Thérapeutique		AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive		TANON.
Médecine légale		BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie		LÉVY-VALENSI.
Pathologie expérimentale et comparée		Henri BÉNARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie		CHIRAY.
Clinique Médicale		ABRAMI.
		FIESSINGER.
		LOEPER.
		RATHERY.
Hygiène et clinique de la première enfance		LEREBOUTLET.
Clinique des maladies des enfants		NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale		LAIGNEL-LAVASTINE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux		GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses		LEMIERRE.
		CUNEO.
Clinique chirurgicale		GOSSET.
		GRÉGOIRE.
		LENORMANT.
Clinique ophtalmologique		VELTER.
Clinique urologique		CHEVASSU.
		COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements		JEANNIN.
		LÉVY-SOLAL.
Clinique gynécologique		MOCOQT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie		OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale		HARVIER.
Clinique oto-rhino-laryngologique		LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale		Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique		Maurice VILLARET.
Clinique de la tuberculose		TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte		MATHIEU.
Clinique de cardiologie		LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie		Clovis VINCENT.
Assistance médico-sociale		N...
		HAZARD.
Professeurs sans chaire		MULON.
		OLIVIER.
		SANNIE.
		VERNE.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.	MM.
AMELINE Pathologie chirurgicale.	COSTE Pathologie médicale.
BARIÉTY Pathologie médicale.	COUVELAIRE
BERNARD (E.). Pathologie médicale.	(Roger)
BEZANÇON (J.). Hydrologie.	DELARUE Anatomie pathologique.
BONNET Bactériologie.	DELAY Pathologie médicale.
BOULANGER . Chimie.	DEGREZ (H.).. Physique.
BOULIN Pathologie médicale.	DESOILLE Médecine légale.
BROUET Pathologie médicale.	DIGONNET Obstétrique.
BULLIARD Histologie.	DOGNON Physique.
CACHERA Pathologie médicale.	FUNCK Pathologie chirurgicale.
CORDIER Anatomie.	GALLIARD Parasitologie.

II. — AGREGES EN EXERCICE (Suite)

MM.		MM.	
GARCIN	Pathologie médicale.	MARCHAL ...	Pathologie chirurgicale.
M ^{lle} GAUTHIER-		MÉNÉGAUX ..	Pathologie chirurgicale.
VILLARS ...	Anatomie pathologique.	MOLLARET ..	Pathologie médicale.
GAYET	Physiologie.	MOUQUIN	Pathologie médicale.
DE GENNES ..	Pathologie médicale.	PATEL	Pathologie chirurgicale.
GIROUD	Histologie.	PETIT-DUTAIL-	
HAGUENAU ..	Pathologie médicale.	LIS	Pathologie chirurgicale.
HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie.	RENARD	Ophthalmologie.
JOANNON	Hygiène.	RICHET	Physiologie.
LACOMME	Obstétrique.	SÈNEQUE	Pathologie chirurgicale.
LANTUÉJOUL..	Obstétrique.	SICARD	Pathologie chirurgicale.
LAVIER	Parasitologie.	SOULIE	Pathologie médicale.
LELONG	Pathologie médicale.	SUREAU	Obstétrique.
LEMAIRE	Pathologie expérimentale.	TURPIN	Pathologie médicale.
M ^{lle} J. LÉVY..	Pathologie médicale.	WILMOTH	Pathologie chirurgicale.
LENÈGRE	Pharmacologie.		

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.		MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.	LARDENNOIS.	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.	LE LORIER ..	Obstétrique.
CHAÏLLEY-		NEVEU-	
BERT	Physiologie.	LEMAIRE ..	Parasitologie.
GUÉNIOT	Obstétrique.	VAUDESCAL .	Obstétrique.
HEITZ-BOYER.	Pathologie chirurgicale.		

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent

MM.		MM.	
ALAJOUANINE.	} Clinique médicale.	BASSET.	} Clinique chirurgicale.
BRULÉ.		BROCQ.	
CATHALA		CADENAT.	
CHABROL.		GATELLIER.	
CHEVALLIER		DE GAUDART	
GASTINEL		D'ALLAINES.	
DONZELOT.		MOULONGUET.	
DUVOIR.		QUÉNU.	
HUGUENIN		MOURE.	
LAROCHE (G.).			
LIAN.			
MOREAU			
PIÉDELIEVRE.			
SÉZARY.			
MM.	} Clinique obstétricale.		
ECALLE.			
METZGER.			
VIGNE.			
PORTES.			

V. — CHARGES DE COURS

MM.	
CHAÏLLEY-BERT, agrégé.	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR NOBECOURT

Professeur de Clinique médicale des Enfants

Médecin de l'Hôpital des Enfants-Malades

Membre de l'Académie de Médecine

Commandeur de la Légion d'honneur

*En témoignage de reconnaissance
pour l'honneur qu'il m'a fait en
acceptant de présider cette thèse.*

AU DOCTEUR HOULBRECQUE

*Qui nous guida dans nos études
médicales.*

(Mei et amicis)

A MON MAITRE

LE DOCTEUR ARMAND DELILLE

Médecin de l'Hôpital des Enfants-Malades

*Qui nous a fourni tous les éléments
de notre thèse.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

PROFESSEUR CUNEO

PROFESSEUR CARNOT

PROFESSEUR BESANÇON

PROFESSEUR OMBREDANNE

PROFESSEUR AGRÉGÉ Charles RICHET

PROFESSEUR AGRÉGÉ Henri BENARD

DOCTEUR René BENARD

INTRODUCTION

Les rapports de l'asthme et de la tuberculose chez l'adulte sont un sujet qui a été bien souvent traité. La théorie de l'épine irritative pulmonaire, résultat d'une atteinte tuberculeuse, est fréquemment invoquée chez les pathologistes contemporains. Et, de même que chez l'adulte, plusieurs auteurs ont cru pouvoir affirmer l'existence d'une relation étroite entre ces deux maladies chez l'enfant. D'autres, par contre, comme les professeurs Marfan, Nobécourt, Tixier, insistent sur le fait que la tuberculose ne joue aucun rôle dans l'asthme, non seulement chez le nourrisson mais encore chez le grand enfant.

Il nous a donc paru intéressant de réunir un certain nombre d'observations de petits asthmatiques, observations recueillies dans le service de notre maître, le docteur P. Armand-Delille, à l'hôpital des Enfants-Malades, et de rechercher si, chez eux, il existait une infection tuberculeuse décelable.

Pour donner aux résultats le plus de valeur possible, nous avons, chez les asthmatiques cliniquement confirmés, recherché le taux d'éosinophilie sanguine, pratiqué une cuti-réaction à la tuberculine, et quand celle-ci était positive, pratiqué un examen radiologique ou radiographique. Le milieu dans lequel cette enquête a été faite étant celui d'une population d'une grande ville (Paris), milieu pauvre ayant une hygiène souvent mauvaise (clientèle d'hôpital); ce milieu est donc particulièrement favorable au développement de la tuberculose. Malgré ces conditions, le nombre de petits asthmatiques présentant une cuti-réaction positive est extrêmement faible et se trouve dans des proportions en tous points comparables avec celui des cuti-réactions positives chez les enfants normaux du même milieu.

CHAPITRE PREMIER

L'ASTHME INFANTILE

L'asthme n'est pas rare chez l'enfant, et dans l'année que nous avons passée aux Enfants-Malades, il nous a été permis d'en voir un nombre relativement élevé. Sur les soixante-sept cas sur lesquels porte notre étude, sept seulement sont des enfants de moins de deux ans, la majorité oscillant entre cinq et dix ans.

Description clinique

Cliniquement, l'asthme infantile se présente sous deux aspects : une forme catarrhale, une forme de crises dyspnéiques sèches.

La forme catarrhale la plus fréquente se présente généralement sous un aspect dramatique.

L'enfant, qui s'était endormi le soir sans autres signes qu'un peu de nervosité, le plus souvent passant inaperçue, se réveille brusquement, souvent après un vomissement qui fait croire à une indiges-

tion. Il est pris de toux, sa respiration s'accélère, devient brève, bruyante, rapide; la dyspnée est bientôt extrême et l'enfant cyanosé se dresse dans son lit, cherchant tous les points d'appui qu'il peut pour l'aider à respirer. Le visage se cyanose, on note un battement des ailes du nez: l'enfant s'asphyxie; la crise peut aussi bien durer quelques minutes que plusieurs heures.

A l'examen : dyspnée intense à type expiratoire ; à l'auscultation : râles sibilants emplissant la poitrine, mais on ne trouve pas de signes en foyer; les râles sont variables de sonorité et sans localisation fixe.

Le thermomètre reste à 37° ou au contraire monte à 39-40°. La nuit se passe sans amener de changement. Souvent au matin il y a une légère rémission des signes mais l'état reste sensiblement le même et fait craindre à tout moment une issue fatale, et le soir la crise reprend toute son intensité pour de nouveau se calmer le matin. L'idée d'une bronchite capillaire, d'une broncho-pneumonie s'impose à l'esprit et brusquement, au bout d'un temps très variable, deux, trois, quatre jours, l'enfant guérit en quelques heures; c'est une véritable résurrection.

Cette forme catarrhale a parfois une allure différente, les signes beaucoup moins marqués trainent en longueur pendant des jours et des semaines, ou tout au contraire, frustre, très courte, elle risquera de passer inaperçue.

C'est donc un phénomène bien particulier que la crise d'asthme catarrhale infantile ; au contraire, l'asthme sec de l'enfant est typiquement celui de l'adulte. Beaucoup plus rare que le précédent, son tableau clinique ne se singularise en rien et l'on retrouvera la cyanose, le ralentissement du rythme respiratoire, la dyspnée nettement expiratrice, et les signes d'auscultation pulmonaire que l'on a chez l'adulte.

Quelle qu'en soit la modalité, ces crises d'asthme ont une évolution qui pour être irrégulière dans l'ensemble peut cependant se schématiser de la façon suivante. Chez l'enfant, la cause déclenchante sera souvent un état saburral des voies digestives : foie déficient, ventre ballonné. Après quelques jours marqués d'inappétence, d'asthénie légère, d'état un peu anxieux, de sommeil agité, la crise se déclenchera.

Le nombre des grandes crises est des plus irréguliers ; en général on en compte de deux à cinq par an. Mais les petites crises nocturnes, plus ou moins perceptibles, les périodes de toux persistantes avec respiration sifflante se répéteront dans l'intervalle des crises.

En ce qui concerne l'aspect général, on a décrit deux types chez les enfants asthmatiques. Dans l'un, qui semble le plus fréquent, il s'agit d'enfants pâles, chétifs, maigres ; ils présentent souvent quelques signes d'hyper-activité du corps thyroïde. Les yeux

brillants, la queue du sourcil à peine visible; ils sont de caractère instable, tantôt trop sages pour leur âge, restant calmes et engourdis, ils seront déchaînés quelques instants après. L'infection tuberculeuse semble les guetter sinon les avoir déjà atteints, et à ces enfants qui auraient besoin d'un régime lacto-végétarien, on donne en abondance viande et œufs, si bien que le tube digestif, déjà intoxiqué, se surcharge davantage. La constipation, les syndromes coliques s'exagèrent. Ce sont des asthmatiques du type hâve, malingre, cholémiques, avec alternance de crise d'entéocolite muqueuse.

On peut leur opposer un type où l'enfant, souvent plus âgé, est florissant, joufflu, coloré et qui semblerait normal s'il n'avait, à un degré bien moindre, l'aspect de l'enfant qui a déjà souffert.

L'examen en dehors de la période de crise montrera souvent bien peu de signes. Le petit malade tousse peu, et, comme tous les enfants, ne crache pratiquement jamais. Le lavage gastrique, si utile dans la recherche du B. K. chez l'enfant, pourra quelquefois nous montrer la présence d'éosinophiles dans les crachats déglutis.

Le corps thyroïde est souvent un peu augmenté de volume. Mais, pour « Gallup », le métabolisme basal est resté généralement normal.

Les autres glandes endocrines ont le plus souvent un fonctionnement normal et il faudra mettre le plus

souvent au compte d'une intoxication médicamenteuse (adrénaline, belladone) l'altération des réflexes, surtout oculaires, qui se rencontrent fréquemment.

On notera pourtant une manifestation nerveuse qui sans être d'une importance capitale se rencontre très fréquemment chez les petits asthmatiques: c'est l'incontinence d'urine qui se prolonge souvent chez des enfants déjà grands.

ETIOLOGIE

Éliminons d'abord rapidement l'asthme anaphylactique. Celui-ci est, chez l'enfant, encore beaucoup plus difficile à mettre en évidence que chez l'adulte. Les chocs protéiniques d'origine alimentaire, le froid, la fatigue ont été invoqués comme causes déclenchantes. Il semble en fait que l'asthme anaphylactique soit rare chez l'enfant et que l'on n'en puisse être sûr que lorsque le malade lui-même ou son entourage annonce la cause occasionnelle de la crise. Le crin de cheval est la cause la plus fréquente, certains pelages d'animaux domestiques: chat, cobaye, peuvent également la déterminer.

Les affections des voies respiratoires, par contre, semblent être souvent à l'origine du mal, sans parler des polypes du nez, végétations adénoïdes et déviation de la cloison qui déclenchent des pseudo-asthmes; les maladies aiguës, coqueluche, rougeole,

sont fréquemment invoquées dans l'étiologie de la maladie. Par contre la tuberculose ne joue aucun rôle, bien que de nombreux auteurs insistent sur son importance.

Les affections du tube digestif, enfin, jouent, d'après les avis les plus autorisés, le rôle capital. Nous avons indiqué antérieurement combien souvent l'enfant asthmatique était un intoxiqué souffrant d'un syndrome colique aggravé par le régime à base de lait, d'œufs et de viande qu'on lui imposait. Les antécédents hépatiques directs ou collatéraux, l'ictère de la petite enfance, sont des plus fréquents. Pour Coutonnet, le foie, sans être lésé, visiblement du moins, détermine constamment le terrain alors que l'épine peut être fournie par le tube digestif tout aussi bien que par l'appareil respiratoire ou autre.

Mais quelle que soit la raison déclenchante invoquée, le terrain paraît là aussi le « *primum movens* » des crises : et c'est sur le terrain neuro-arthritique que nous verrons se déclencher cette affection. C'est chez les neuro-arthritiques que nous trouverons les petits asthmatiques.

EVOLUTION — COMPLICATIONS — PRONOSTIC

Assez fréquemment, chez l'enfant, l'asthme se rencontrera aussi bien chez le citadin que le campagnard; il débutera aussi bien chez le nourrisson que

chez le grand enfant, mais chez ces derniers, l'asthme sec se rencontrera de préférence au lieu de l'asthme catarrhal qui se verra plutôt chez le nourrisson ou le jeune enfant. Pour les classiques, l'asthme apparu avant cinq-six ans est d'évolution favorable et guérit spontanément avant la fin de l'enfance; apparu plus tard, il sera au contraire plus tenace. En fait, on rencontre chaque jour des asthmatiques atteints dès leur enfance.

L'emphysème pulmonaire, l'asystolie ne se rencontrent jamais chez l'enfant quel que soit le degré de son atteinte. « Le cœur et le poumon se laissent rarement forcer. » (Comby.)

Il est enfin à noter que les affections fébriles pouvant survenir chez les malades suspendent momentanément les crises, qui reviendront ultérieurement.

Diagnostic

La difficulté du diagnostic repose essentiellement sur le fait que l'asthme infantile ne ressemble que rarement à celui de l'adulte. Le ralentissement respiratoire, la dyspnée nettement expiratrice manquent le plus souvent. Typiquement, l'asthme infantile est une bronchite et simule même une broncho-pneumonie sans localisation de foyer. Les signes d'auscultation sont intenses, disséminés, mais variables à chaque instant pour un endroit donné, et si la température est souvent élevée, parfois elle reste sensi-

blement normale. Il faut donc noter une discordance entre les signes et ne pas se presser de conclure soit à une broncho-pneumonie, soit à une bronchite et bien souvent un seul examen sera insuffisant pour poser le diagnostic.

Un autre diagnostic différentiel est celui de la laryngite striduleuse ou faux croup, mais dans ce cas la dyspnée est inspiratoire et non expiratoire, il y a laryngite avec toux rauque et aboyante, signes qui manquent toujours dans l'asthme.

Le diagnostic positif repose sur l'examen du sang et le traitement d'épreuve. La formule leucocytaire est souvent typique par la présence d'éosinophiles en nombre très augmenté. Sur les soixante-sept observations de petits asthmatiques que nous avons pu réunir, nous trouvons dans 85 % des cas une éosinophilie sanguine comprise entre 5 et 20 % ; six cas seulement inférieurs à 5 et un maximum de 31 % d'éosinophiles chez une fillette de neuf ans. Le second élément du diagnostic positif sera l'épreuve du traitement: l'asthme cède en trois jours à l'adrénaline et à la belladone; il est calmé, parfois en quelques minutes, par une injection hypodermique d'évâtmine. Adrénaline, solution à 1 1.000, soit en pulvérisations nasales, soit en injections sous-cutanées; dans ce cas, utiliser la solution pure car diluée elle provoque des escarres. La teinture de belladone donnée en gouttes par la bouche (dix gouttes chez

les nourrissons, vingt gouttes chez les enfants de deux à cinq ans) est très bien supportée. L'évatomine enfin, en injection sous-cutanée, donne de très beaux résultats.

Pour être complet, le diagnostic devra rechercher la cause de l'asthme pour s'attacher à prévenir le retour des crises et ce sera surtout pour les cas d'asthmes anaphylactiques, les moins fréquents d'ailleurs, qu'il faudra rechercher l'agent causal.

La méthode des cuti-réactions en série, si elle a une certaine valeur, pêche par la perte de temps qu'elle entraîne. Heureusement pour le médecin, les protéines susceptibles de déclencher la crise d'asthme peuvent se classer schématiquement en deux groupes : celles qui sont inhalées, celles qui sont ingérées. Les premières sont essentiellement les poussières de poils et de plumes utilisés dans la confection des oreillers, édredons, matelas, d'une part, et les odeurs et poils d'animaux familiers : chiens, chats, oiseaux, qui devront être chassés de la maison de l'asthmatique. Les protéines ingérées sont beaucoup plus rarement en cause chez l'enfant ; on arrivera à les éliminer par l'établissement d'un régime qui, à partir du lait, s'étendra aux différents aliments jusqu'à ce qu'on ait trouvé celui en cause.

Traitement

Sauf pour les pseudo-asthmes où le traitement chirurgical (ablation des polypes, des végétations adénoïdes) s'impose, le traitement sera médical et hydro-minéral.

Le traitement immédiat de la crise se fait par l'adrénaline, l'éphédrine, la belladone, en injection sous-cutanée, en ingestion ou en fumigation. Mais ces traitements, qui donnent certes d'excellents résultats dans la crise d'asthme, ne peuvent être utilisés que d'une façon passagère. Leur abus conduit à une intoxication et transforme les malades en adrénalinomanes ou belladonomanes entraînant des troubles de l'état général et gênant la désensibilisation curative.

Le traitement de base se fera d'abord par un régime alimentaire assez strict. Supprimer les œufs, le lait, la viande, le vin, soumettre l'enfant au régime végétarien.

Le traitement classique est l'iodure, iodure de K et iodure de Na associés (0,10 gr. à 0,20 dans la première enfance ; 0,30 à 0,40 gr. dans la seconde enfance), pendant vingt jours par mois.

Le professeur Nobécourt associe l'As à l'iode :

Triiodure d'As 0,05 gr.

Eau distillée 5 » —

Deux gouttes par année d'âge et par jour.

Le traitement par cure thermale donne souvent de bons résultats, et dans le service de mon maître, le docteur Armand Delille, aux Enfants-Malades, nombreux sont les petits asthmatiques qui, après une cure à la Bourboule ou au Mont-Dore reviennent grandement améliorés. On devra souvent leur faire faire une seconde cure l'année suivante pour consolider et parachever leur guérison.

Reste enfin la désensibilisation. L'idéal serait de pouvoir la faire spécifique, mais on sait combien elle est difficile chez l'enfant par le fait même que la spécificité reste le plus souvent inconnue. Pour la désensibilisation non spécifique, de nombreuses méthodes ont été préconisées. Le grave inconvénient est qu'on se trouve en face de sujets dont l'équilibre humoral est instable et dont les réactions seront très variables et donneront lieu parfois à des incidents, sinon à des accidents. Le chlorure de calcium, les peptones, les injections de lait, les vaccins ont été utilisés avec des résultats variables. L'autohémothérapie a été souvent employée, mais pas toujours d'une façon correcte : en effet, pour que cette méthode agisse, il faut que le sang se désintègre et que la libération des albuminoïdes agisse en faisant choc. Or si l'injection de sang se fait en pleine région fessière, dans un territoire aussi bien irrigué qu'est le muscle fessier, très rapidement le sang sera entraîné dans la circulation sans faire hématome et par conséquent sans se désintégrer. C'est donc dans

le tissu cellulaire sous-cutané, c'est-à-dire dans une région mal irriguée, qu'il faudra injecter le sang de façon à créer un hématome « qui fasse mal » (professeur Chevalier).

Mais quelle que soit la méthode de traitement, il n'en reste pas moins qu'il faudra s'attacher à lutter contre l'épine irritative, qu'elle soit digestive, par un régime alimentaire approprié, qu'elle soit respiratoire, par pulvérisations nasales et désinfection trachéo-pulmonaire, et c'est seulement en associant ce traitement de base à un traitement par désensibilisation que l'on obtiendra de bons résultats.

CHAPITRE II

RAPPORTS ENTRE L'ASTHME ET LA TUBERCULOSE CHEZ L'ENFANT

La tuberculose chez l'enfant est un phénomène d'une grande fréquence et depuis la découverte magnifique de la cuti-réaction l'étude de l'imprégnation tuberculeuse a pu faire d'énormes progrès. Depuis plusieurs années, notre maître, le docteur Armand Delille, s'est attaché à montrer combien le pourcentage de cuti-réactions positives chez l'enfant était manifestement moindre que celui qu'on s'était plu à indiquer. La lutte contre la tuberculose infantile y est certes pour quelque chose, et le développement de moyens d'action, comme l'œuvre Grancher, a contribué à diminuer le nombre des petits tuberculeux.

De nombreux auteurs, depuis Landouzi, ont considéré que l'asthme était déterminé par la tuberculose, qui laissant des cicatrices fibreuses aux niveaux

des poumons constituait l'épine provocatrice des crises.

La question est très différente chez l'enfant et chez l'adulte. Chez ce dernier, en effet, la proportion de cuti-réactions positives est très élevée, et dans un grand nombre de cas on trouve à l'examen radiographique des ombres anormales en rapport avec des altérations pulmonaires calcifiées ou sclérosées, cicatrices d'atteinte tuberculeuse antérieure. Il n'est donc pas toujours facile dans les cas de diagnostic étiologique incertains de dire quelle est la part de l'atteinte tuberculeuse dans l'asthme. Si au contraire nous étudions l'asthme chez l'enfant, nous voyons que la proportion de cuti-réactions négatives étant beaucoup moindre, le rôle de la tuberculose dans bien des cas se trouve éliminé « ipso facto ».

Dans les observations que nous avons pu recueillir, l'âge du sujet est variable mais dans 10 % des cas seulement les malades ont sept ans ou plus. Or, en dépit du milieu où notre enquête s'est faite, milieu hospitalier et parisien où par conséquent nous avons le plus de chances d'avoir un grand nombre de cuti-réactions positives, la proportion d'asthmatiques exempts de toute atteinte tuberculeuse est remarquable.

La question a d'ailleurs été largement traitée antérieurement. En 1921, le professeur MAREAN publiait une étude sur la recherche de la cuti-réaction à la

tuberculine chez les petits asthmatiques et montrait qu'elle ne se rencontrait chez eux que dans une faible proportion.

De même le professeur TIXIER a affirmé que la tuberculose ne joue aucun rôle dans l'apparition de l'asthme, non seulement chez les nourrissons, mais encore chez les grands enfants.

Revenant sur cette question, nous avons réuni soixante-sept observations portant sur de jeunes asthmatiques pour lesquels une enquête aussi complète que possible avait été faite aussi bien sur l'asthme que sur la tuberculose.

Pour l'asthme nous avons recherché :

- 1° l'existence de crises typiques;
- 2° la constatation pendant les crises de signes stéthacoustiques;
- 3° les antécédents héréditaires;
- 4° le taux d'éosinophilie sanguine.

Au point de vue tuberculose :

- 1° Epreuve de la cuti-réaction à la tuberculine;
- 2° Examen radiographique pulmonaire;
- 3° Recherche de la contagion familiale.

Chez tous les sujets, l'asthme a été absolument affirmé par la clinique; tous ont présenté des crises typiques.

La recherche de l'éosinophilie sanguine nous a montré le plus souvent un chiffre très élevé d'éosinophiles par rapport à la normale.

Dans quatre cas seulement nous trouvons un chiffre inférieur à 5 %, c'est-à-dire sans augmentation sensible.

Mais dans 57 cas nous avons trouvé un chiffre variant entre 5 et 20 % d'éosinophiles.

27 variant de 5 à 10 %;

18 — 10 à 15 %;

12 — 15 à 20 %.

ce qui représente 85 % des cas.

Les six derniers cas ont un taux d'éosinophiles variant entre 20 et 31 %. Ce maximum de 31 % a été trouvé chez une fillette de 9 ans. Huguette V... ayant une cuti-réaction négative.

Il ne nous a pas paru que le taux d'éosinophilie soit en rapport avec l'intensité et la fréquence des crises. Les sujets les plus atteints et faisant des crises pour ainsi dire à répétition se trouvent le plus souvent chez ceux ayant une éosinophilie moyennement augmentée autour de 12 à 15 %; mais c'est un sujet sur lequel nous ne pouvons pas être affirmatif, la fréquence des crises n'ayant pas toujours été notée soigneusement dans les observations.

Si, quittant la partie asthme, nous étudions les observations au point de vue tuberculose, nous voyons que :

Sur les 67 cas rassemblés, le nombre de cuti-réactions positives est de 14.

Sur ces 14: deux se trouvent chez des sujets ayant reçu le B. C. G.;

huit chez des enfants ne présentant aucun signe d'altération broncho-pulmonaire décelable à la radiographie;

quatre ayant des signes pulmonaires radiographiques ; pour l'un, André B..., âgé de 4 ans, une ombre de primo-infection gauche ; pour les trois autres, âgés respectivement de 7, 9 et 15 ans, petites calcifications paravilaires.

Ainsi, sur ces quatorze cuti-réactions positives, il ne reste finalement que quatre sujets présentant des signes radiologiques et chez qui on pourrait invoquer la thèse d'une épine irritative pulmonaire d'origine tuberculeuse.

CONCLUSIONS

Affection héréditaire, certes l'asthme infantile se présente comme tel. Toutefois parcourant les observations nous voyons qu'il nous a été souvent impossible de retrouver chez les parents ou les collatéraux une ascendance asthmatique pure.

Plus qu'une hérédité directe, l'asthme semble se présenter comme une hérédité de terrain arthritique et n'en sera qu'une des manifestations, les autres pouvant être d'eczéma, d'insuffisance hépatique, etc... Cela nous paraît un argument renforçant les conclusions qui se dégagent elles-mêmes de notre statistique.

L'asthme infantile est entièrement indépendant de la tuberculose. La cuti-réaction renforcée par l'examen radioscopique sont formels à ce point de vue. La proportion de cuti + chez les enfants asthmatiques est la même que chez les enfants normaux. Les cuti en série, systématiques presque, que nous avons fait pendant un an dans le service de notre maître, le docteur Armand Delille, sont convaincantes à ce point de vue. Que l'on trouve des cuti +

chez les asthmatiques, quoi de plus naturel? La juxtaposition de deux maladies est un phénomène des plus communs, mais il est indispensable de ne voir là qu'une juxtaposition et non une association. Il serait par contre intéressant d'étudier cette association lorsqu'elle se présente et de chercher à voir l'influence de l'asthme sur la tuberculose. Le terrain dit arthritique se caractérisant par une tendance aux processus fibreux et scléreux, il apparaît de toute évidence que dans la tuberculose ce processus puisse agir sur l'évolution de la maladie. Mais les observations que nous apportons permettent d'affirmer que ces maladies ne peuvent avoir des rapports de cause à effet. Il peut y avoir juxtaposition mais pas interdépendance; c'est ce que nous voulions exposer dans ces quelques pages.

Vu : *Le Président de Thèse,*

NOBÉCOURT.

Vu : *Le Doyen,*

TIFFENEAU.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur de l'Académie de Paris

G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- ALDUY (Robert). — Asthme et tuberculose. (Thèse de Paris, 1933; Bosc Frères; M. et L. Riou, éditeurs.)
- AMSLER (Roger). — Tuberculoses pulmonaires aiguës chez les asthmatiques. (*Le Monde Médical*, n° 834, 1^{er} octobre 1933.)
- ANCIBURE. — Asthme et tuberculose. (*Bull. Méd. de Cambo*, n° 32, 4^e trim. 1934.)
- ANCIBURE (J.). — Asthme et tuberculose. (*Bulletin Méd. climat. de Cambo*, n° 32, 1934.)
- BERNARD (M.-A.). — Asthme et tuberculose pulmonaire. (*Congrès International de l'Asthme*, Le Mont-Dore, 4-5 juin 1932.)
- CAUSSADE (G.), AMSLER (R.). — Y a-t-il parfois une liaison entre l'asthme et la tuberculose ? (*Soc. Méd. des Hôpitaux de Paris*, séance du 22 mai 1936, n° 18, 1^{er} juin 1936.)
- CAUSSADE (G.). — Asthme essentiel chez une tuberculeuse atteinte de cardiopathie. L'asthme tuberculeux est-il une forme spéciale de la tuberculose ? (*L'Art Médical*, 31 janvier 1933, n° 154.)
- CAUSSADE (G.), AMSLER (R.). — Asthme et tuberculose pulmonaire dissociés dans la descendance; asthme de la première enfance et tuberculose pulmonaire; asthme et polypnée paroxystique intriqués chez un tuberculeux pulmonaire. (*Bull. et Mém. Soc. Méd. d. Hôpitaux de Paris*, 51 : 858-863; May 27; 1935.)
- Asthme et polypnée paroxystique intriqués chez un tuberculeux pulmonaire. (*Bull. et Mém. de la Société Méd. des Hôp. de Paris*, n° 17, 27 mai 1937.)
- Asthme et tuberculose pulmonaire dissociés dans la descendance. (*Bull. et Mém. de la Société Méd. des Hôp. de Paris*, n° 17, 27 mai 1935.)
- Asthme et tuberculose. Etudes des diverses modalités cliniques de cette association. (*Revue de Médecine*, juillet 1935, p. 377.)

- CELICE. — Asthme et tuberculose. (*Réforme médic.*, 13 juin 1936, p. 816.)
- DE LUSIGNAN (R.-G.). — L'asthme est-il une forme atténuée de la tuberculose ? (*La Défense du Médecin*, n° 23, 15 oct. 1936.)
- FRAENKEL (E.). — La tuberculose dans les cas d'asthme. (*British Méd. Journ.*, n° 3845, 15 sept. 1934. — Résumé in : *Presse Médic.*, n° 19, 6 mars 1935.)
- GILLOT (Jean). — Terrain asthmatique et tuberculose. (Thèse, Paris, 1936; éd. L. Arnette, Paris.)
- GIRBAL — L'asthme tuberculeux. (*Les Nouvelles thérapeutiques*, 20 janvier 1936.)
- L'asthme tuberculeux. (*Paris Médical* du 27 avril 1935.)
- JACQUELIN, JOLY (François), ALD'HUY (R.). — Asthme et tuberculose. (*Le Bulletin Médical*, n° 42, 21 octobre 1933.)
- JACQUELIN (André), TURIAF (J.), BAUDOUIN. — Asthme; états diathésiques, et tuberculose atténuée. Contribution à l'étude des hypersensibilités tuberculiniques. (*Les Semaines des Hôpitaux de Paris*, 15 juillet 1935, n° 14.)
- LONGCHAMPT (J.). — Quelques observations de tuberculose et d'asthme intriqués. (*Le Sud Médical et Chirurgical*, 15 septembre 1934, 2159.)
- PETIT (Georges). — L'asthme et la tuberculose. (*Le Courrier Médical*, 27 octobre 1935.)
- SÉDILLOT (Jacques). — Les poumons de l'asthmatique. Fréquente et grave erreur d'interprétation des clichés. (*Le Monde Médical*, n° 867, 15 juillet 1935.)
- THOMAS (Madeleine). — Asthme et tuberculose. (Thèse, Paris, 1936; Jouve, édit., 15, rue Racine, Paris.)
- VITON-CRUCIANI. — Le traitement de l'asthme tuberculeux. (*Semana Medica*, XXXIX, n° 10, 10 mars 1932.)

- BATES (R.-C.) et FREEDMAN (S.). — Asthma in infant. (*Rhode Island, M. J.* 17 : 38, mars 1934.)
- BAUER ALBRECHT SON (E.). — Bronchial asthma in infants. (*Acta pediat.*, supp. I, 17 : 307.313, 1933.)
- BENNETT (T.). — Bronchial asthma due to paper sensitivity case in child who paper. (*New England J. Med.*, 213 : 121, July 18, 1935.)
- BLECHMANN (G.) et BOHN (A.). — Asthme infantile. (*Revue méd. de l'Est*, Nancy, 1^{er} juin 1935.)
- ALBÉRIE BOUDRY. — L'asthme infantile. (*Annales de la Société d'hydrol. et de climatol. méd. de Paris*, n° 7, séance du 19 févr. 1934.)
- L'asthme infantile (généralités et interprétation. (*La Presse thermale et climatique*, 15 septembre 1934, n° 3278.)
- CHOBOT (R.). — Analysis of 84 cases of asthma infantil. (*Am. J. Did. child.*, 45 : 25-31 janvier 1933.)
- CLARKSON. — Facteur nerveux dans l'asthme juvénile. (*The British medical Journal*, 30 oct. 1937, p. 845.)
- DAVIDSON (F.-C.). — Subcutaneous emphysema in case of bronchial asthma in infant. (*Lancet* I : 1230, June 9, 1934.)
- DEMARQUE. — L'asthme infantile. (*Centre d'études cliniques homéoopath. du Périgord, Charente, Poitou*, séance du 9 nov. 1936; in : *L'Homéoopathie moderne*, 15 févr. 1937.)
- NOBÉCOURT (P.). — Asthme, adénopathie trachéo-bronchique et tuberculose. (*Notes pratiques d'actualité médicale*, juillet-août 1927; et *Clinique médicale des Enfants. La tuberculose*, Marron et C^{ie}, Paris, 1929, leçon V, 18 juin 1927.)
- PIERRET (R.). — A propos d'un intéressant article de M. A. Haibe sur l'asthme de l'enfant. (*Bruxelles Médical*, n° 42, 15 août 1937.)

- MASCAREL (DE). — L'asthme infantile. (*Journal de méd. de Lille*, juillet 1933, n° 14.)
- DREYFUS-SÉE (G.). — L'élément spasmophile dans l'asthme infantile. (*Méd. Infant.*, n° 11, 1933, nov.)
- Le terrain asthmatique chez l'enfant. (*Pratique médicale française*, avril 1933, A. et B., n° 7.)
- L'élément spasmophile dans l'asthme infantile. (*III^e Congrès international de pédiatrie*, Londres, 20-22 juillet 1933; in : *Presse méd.*, n° 66, 19 août 1933; résumé 4 lignes.)
- L'élément spasmophile dans l'asthme infantile. (*Journal de Méd. de Paris*, n° 3, 18 janvier 1934.)
- EPSTEIN (Stéphane). — L'asthme infantile. (*Cophaco*, n° 9, sept. 1936.)
- FERREYROLLES (P.). — 12 années d'expérience hospitalière dans l'asthme infantile. (*Soc. méd. chir. des Hôp. libres*, séance du 3 mai 1935; in : *Arch. Hospitalières*, n° 6, 7^e an., juin 1935.)
- FRENDENBERG (S.). — Asthma in maladjusted children. (*Fortschr. d. med.*, 53 + 392.394, June 3, 1935.)
- MINET (J.). — Asthme infantile (vaccinothérapie). (*Journal de Thérapeutique française*, n° 9, septembre 1927.)
- MINET, PORET. — La vaccinothérapie dans l'asthme infantile. (*Archives de Médecine des Enfants*, juillet 1927.)
- NIHOUL (J.). — Un cas d'asthme infantile soumis à la vaccinothérapie. (*Liège med.*, 28, 753, 759, 7 July 1935.)

